



05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
26 JUL 2019
Rua da Aurora, N° 175, SL 502 BL F
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449254 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO. P.8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA+RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL) E ALTA MÉDICA. P.9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE HÁLUX ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449254 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA **Data do acidente:** 06/06/2017 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO. P.8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA+RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL) E ALTA MÉDICA. P.9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE HÁLUX ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE HÁLUX ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190449254 **Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA**

Data do Acidente: 06/06/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSALIA FREIRE ROSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190449254

Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSALIA FREIRE ROSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190449254**

Vítima: ROSALIA FREIRE ROSA

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSALIA FREIRE ROSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ROSALIA FREIRE ROSA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 341

Agência: 000000550

Conta: 0000016882-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

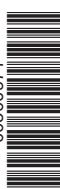
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 073.325.524-24 4 - Nome completo da vítima: ROSALIA FREIRE ROSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2013

5 - Nome completo: ROSALIA FREIRE ROSA 6 - CPF: 073.325.524-24

7 - Profissão: MANICURE 8 - Endereço: RUA DR. VALDIR ROSSONI 9 - Número: 20 10 - Complemento: RECIFE

11 - Bairro: JMBIRIBEIRA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51.150-070

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98488-7531

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CFF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0550

CONTA: 1882 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residuo familiar? Sim Não 31 - Vítima tem irmãos? Sim Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

05.802.494/0001-41

CPF:

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura da testemunha

26 JUL 2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL E

Rio Vista - CEP: 50.060-010

Assinatura da testemunha

RECIFE-PE

40 - Local e Data, 01/01/20 00 00 2019 DE 2019

x Rosal, Testim.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jelione Ferreira da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190449254** 3 - CPF da vítima: **043 325 124-24** 4 - Nome completo da vítima: **Rosália Freire Rosa**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 465/2012

5 - Nome completo: **Rosália Freire Rosa** 6 - CPF: **073 325 124-24**

7 - Profissão: **MANICURE** 8 - Endereço: **Rua Dauter Valdor Pessoa** 9 - Número: **52** 10 - Complemento: **A**

11 - Bairro: **Friburgozinho** 12 - Cidade: **Ricife** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.000.000**

15 - E-mail: **(81) 9.8488-7131**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Atualize sua opção): CONTA CORRENTE (todos os bancos):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (343) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **0550** CONTA: **16882** Nome do BANCO: _____

(Informar o digito se existir) (Informar o digito se existir) (Informar o digito se existir) (Informar o digito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data da óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, Informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, Informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: 05.802.494/0001-41 CPF: TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA Assinatura da testemunha: 17/08/2019
				39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Rua da Aurora, nº 175, 51 902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010 Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data, Olinda, 05 de agosto de 2010.	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	---	---



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141000325**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2018** às **11:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **6/6/2017** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PINHEIROS, 01, PRÓXIMO AO COLEGIO PINHEIROS** -

Bairro: **IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

05.802.494/0001-11
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

26 III 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ROSLÁRIA FREIRE ROSA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**OUTROS TIPO DE OBJETO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): INDIVÍDUO
 DESCONHECIDO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ROSLÁRIA FREIRE ROSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **SILVIA LOPES FREIRE** Pat:
LAÉRCIO SOARES ROSA Data de Nascimento: **3/12/1987** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
 BRASIL**
 Endereço Residencial: **RUA DOUTOR VALDIR PESSOA, 52, CASA A - CEP: 55000-000 - Bairro: IMBIRIBEIRA -
 RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO
 INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a)
 Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: Não
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
 Descrição: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Complemento / Observação

**INFORMA A NOTICIANTE QUE NO DIA 06/06/2017, POR VOLTA DAS 18:00 HORAS, QUANDO ANDAVA NA
 AVENIDA PINHEIROS, PRÓXIMO AO COLEGIO PINHEIROS, FORA SURPREENDIDA COM UM VEÍCULO TÁXI
 QUE ATRAVESSOU A CICLOFAIXA E LHE ATINGIU NO PÉ ESQUERDO CAUSANDO UMA FRATURA NO
 DEDÃO (HALUX) DO MESMO PÉ. DECLARA QUE NA OCASIÃO FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O
 HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE PASSOU POR UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SANAR A
 LESÃO. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

02/02/2018 11:21

**ROSALIA FREIRE ROSA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ROBALVO FRANCISCO BARBOSA MAT 208.202-0**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Bela Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	073.325.124-24	RODALIA FREIRE ROSA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2013			
5 - Nome completo:	RODALIA FREIRE ROSA		6 - CPF: 073.325.124-24
7 - Profissão:	MANICURE	8 - Endereço:	RUA DR. VALDIR ROSSONI
9 - Número:	20	10 - Complemento:	RECIFE
11 - Bairro:	JIBIRIBEIRA	12 - Cidade:	RECIFE
13 - Estado:	PE	14 - CEP:	51.150-070
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (81) 98488-7531		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CFF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0550

CONTA: 1882 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data de óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou residuo familiar? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

05.802.494/0001-41

CPF: _____

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura da testemunha

26 JUL 2019

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL E

Rio Vista - CEP: 50.060-010

Assinatura da testemunha

RECIFE

40 - Local e Data, 01/01/2019 DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Boletim de Pronto Atendimento de Emergência e Urgência

Queixa Principal / História

PACIENTE REFERE QUE UM CARRO PASSOU SOBRE SEU HALUX ESQ.

Antecedentes

SIM NÃO
DM: HAS: Medicamentos: Alergia:

Exame Físico

EG Bom	Orientado e Conversando	Consciente	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnélico	Afebril	Sem Edemas	

	Não Examinado	Normal	Alterada	Observação
ACV:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AR:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AD:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SN:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SGU:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ORL:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pele:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

AP. Locomotor:

 EDEMA DOR A MOVIMENTAÇÃO EQUIMOSE HEMATOMA DEFORMIDADE ÓSSEA

Outros: SOL DE CONT EM 1 PDE COM AVULSÃO DE UNHA E PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Aferições

PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O2
15							

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

Recife, 11 de Julho de 2019

26 JUL 2019

Rua da Aurora, N° 175, SL 907 BL C

Belo Horizonte - MG - 30120-010

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

RECIFE-PE

CRM: 8500

IPAS
Instituto Paraibano de Assistência à Saúde
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328
Dr. Marcello JCS

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSALIA FREIRE ROSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00550

CONTA: 000000016882-7

Autenticação:

B21A60A0CE6CB754C64B057D9C7CC3D105B3C15B64422524263394B944D52D5C

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.335.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005643-93**



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvintes 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE		
EDUARDO LUIZ DE BRITO		
CPF: 653.565.274-20		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA		
RUA DR VALDIR PESSOA 25 B		
IMBIRIBEIRA/RECIFE 51150-079 RECIFE PE		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2019), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.eletrobras.com.br		
DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
26/06/2019	17/06/2019	007902898424
TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
111,03	17/06/2019	202942765
	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
	066273481	6930069926
CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
RESERVADO AO FISCO	D05C,BF93.05A8.37D8.0FC6.47CE.9B9B.0DA9	

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 12 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO Corte.			
Consumo Ativo(kWh)		118,00	0,74193679	87,54	Vetor	Dt. Refer.	Valor	
Aviso de Bandeira AMARELA				0,71	24/05/19	11/06/19	108,14	
Contrib. Bem. Pública Municipal				18,45				
ICMS Subvenção-CDE-NF 054858691-20/03/19				0,68				
ICMS Subvenção-CDE-NF 058637270-17/04/19				0,72				
Multa por atraso-NF 058637270 - 17/04/19				1,74				
Juros por atraso-NF 058637270 - 17/04/19				0,64				
Abatimento IGPM-NF 058637270 - 17/04/19				0,57				
TOTAL DA FATURA				111,03				
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS		COFINS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
88,25	25,00	22,08	88,25	0,17	0,15	88,25	0,79	0,68

Demonstrativo de Consumo Dienta Nota Fiscal

NÚMERO DO MEIRIM	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	COMENTÁRIO	AJUSTE	CONSUMO KWH
		DATA	LEITURA			-/-	
0918888	CAT	17/08/2018	21.745,00	17/08/2018	21.745,00	09.802,47	1.000,00
					TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA		111,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! carnê-pur: r. francisco comendador mafra 196 imbiribeira / supermercado exponencial: r. jean emile favre 840 ipsep/leta completa em www.celip.com.br.

Na data da fatura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.anatel.gov.br.

Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de fornecimento.

Paghe, em atraso, paga multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.

O Cliente é compensado quando há desacumprimento do prazo definido para os prazos de stand-by comercial.

Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

2015-09-27 16:31

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007002898424	06/2019	111,93	26/06/2019	

838400000014 116300110072 003888434107 141188863430



Evite dobrar a lente.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
PERNAMBUCO**
ALFÔNGA DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-002
CNPJ 16.335.933/0001-46
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0066845-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Afastamento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0143
Ouviridora 0800 282 5590
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefone-Fixa
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
1871-110000-0000-Ligação Grátis de Telefone-Fixa a Anatel

DADOS DO CLIENTE GISEL BARBOSA DA SILVA CPF: 388.360.284-23	DATA DE VENCIMENTO 08/03/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 19/02/2019	CONTA CONTRATADA 000678751025
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV PROF AGUIARESCO MAGALHAES 473	TOTAL A PAGAR (R\$) 442,28	DATA DA APRESENTAÇÃO 26/02/2019	Nº DO CLIENTE 20063285H
CLASSIFICAÇÃO		B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
RESERVADO AO FISCO		64C0.19E3.D13D.B5B0.443B.BFC4.5ADF.ESES	

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

THE CHINESE JOURNAL OF HISTORY AND POLITICAL SCIENCE

Pague no menor prazo para evitar multas e juros de juros! **Atenção:** se o valor da sua fatura for maior que R\$ 100,00, o valor da taxa de boleto bancário é de R\$ 10,00.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

第14行第14列

DATA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VERBICAMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000676751025	02/2019	442,26	08/03/2019	Evita dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahorte será usado em leitura ótica.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 000 2000

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Braga - Portugal

• 11 •

Journal of Management Education 33(7)

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este sambôto não é usado em leitura ética.

CH₄: _____
CH₃Cl: _____
CH₃Br: _____
CH₃I: _____

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29836>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 6.135/98.

Pelo exposto, eu Alcione Gomes das Silveira inscrito (a) no CPF 028.466.664-159, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosália Edna Rosa inscrito (a) no CPF sob o N° 073.913.924-124, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima, inscrito (a) no CPF sob o N° _____, conforme

determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUISA-mel Renda: RECUSA-mel e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 269 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>A.V Prof Agamenon magnalhaes</u>	<u>433</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>VILA POPULAA</u>	<u>PE</u>	<u>53230-010</u>
E-mail	Telefone comercial (DDO)	Telefone celular (DDO)
		<u>(81) 98485-7132</u>

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
OFFICE.DF

Olinda, 10 de julho de 2019
Alcione Gomes das Silveira
Assinatura do Declarante

Boletim de Pronto Atendimento de Emergência e Urgência

Queixa Principal / História

PACIENTE REFERE QUE UM CARRO PASSOU SOBRE SEU HALUX ESQ

Antecedentes

SIM NÃO
DM: HAS: Medicamentos: Alergia:

Exame Físico

EG Bom	Orientado e Conversando	Consciente	Hidratado
Nutrido	Corado	Aclimatado	Anictérico
Eupnélico	Afebril	Sem Edemas	

	Não Examinado	Normal	Alterada	Observação
ACV:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AR:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AD:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SN:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SGU:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ORL:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pele:	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

AP. Locomotor:

 EDEMA DOR A MOVIMENTAÇÃO EQUIMOSE HEMATOMA DEFORMIDADE ÓSSEA

Outros: SOL DE CONT EM 1 PDE COM AVULSAO DE UNHA E PERDA DE SUBSTANCIA.

Aferições

PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O2
1505.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
Recife, 11 de Julho de 2019 DE SEGUROS ETBA

26 JUL 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA-010
CRM: 8500 RECIFE-PE

DR. MARCELO SANTOS DE SOUZA
CRM: 8500 RECIFE-PE



Prescrição.: 1323673 Data: 06/06/2017 16:33
Usuário....: JOSESSS
Atendimento: 964739 Dt Nasc: 03/12/1987 (31a 7m 8d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 474156 - ROSALIA FREIRE ROSA
Peso.....: Altura: Sup. Corpore:
Internação.: 06/06/2017 16:28 0 Dias(s) int
Médico....: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA - CRM 8500
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S924 FRAT DO HALUX Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX PE ESQUERDO A.P. / OBLIQUE : Exame: 251143	1					[06/06] 16:33

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REFLET.DC

Dr. Marcello Silveira
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

- Nome do Paciente: ROSALIA FREIRE ROSA

Data de Nascimento: 03/12/1987

Data Atendimento: 06/06/2017

Prontuário: 0000474156

Cód. Atendimento: 00964739

Nome do Hospital: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Senha: 5185346

Transporte: Ambulância Básica Ambulância Avançada Próprio

Acompanhamento Médico

Observação: ESMAGAMENTO HÁLUX ESQ. FRATURA EXPOSTA ??????

Recife, 06 de Junho de 2017

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

CRM: 8500

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RFC/IEF/PE

IPAS
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO Município de Recife
Dr. Marcelo Silveira
Assessoria de Comunicação Social

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: ROSALIA FREIRE ROSA

Data de Nascimento: 03/12/1987

Data Atendimento: 06/06/2017

Prontuário: 0000474156

Cód. Atendimento: 00964739

Nome do Hospital: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Senha: 5185346

Transporte: Ambulância Básica Ambulância Avançada Próprio Acompanhamento Médico

Observação: ESMAGAMENTO HÁLUX ESQ. FRATURA EXPOSTA ?????

Dr. Regis S. Souza
 URGÊNCIA e Emergência
 Traumatologia Ortopedia 2017
 CRM 8500 - SBOT 10096

Médico: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA
CRM: 8500

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26.11.2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 444066 Prontuário: 1053659
 Nome: ROŚALIA FREIRE ROSA Data Nasc.: 03/12/1987 Idade: 29 Sexo: FEMININO Cor:
 CPF: RG: CNS: 706805226555322
 Endereço: RUA DOUTOR VALDIR PESSOA Nº: 20
 Bairro: IMBIRIBEIRA Cidade: RECIFE Estado: PE
 CEP: 51150070 Fone: 83372737 Profissão:
 Nome da Mãe: SILVIA LOPES FREIRE
 Acompanhante: ALEX PEREIRA DA SILVA
 Nome do Conjugue:
 Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS
 Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 Ocorrência: AUT. POR CHRISTIANE, SENHA 5185346, REFERE DOR E EDEMA EM MIE, APOS ATROPELAMENTO DE CARRO
 Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 06/06/2017 HORA: 18:57 h Médico:
 CRM-PE 17.340
 TEUT 134730

Queixa Principal / HDA:

Paciente refere que o pneu de carro passou por cima do pé (E)

História do Trauma

Péda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:					
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>					
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:					
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura m					
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Transporte Realizado por:					
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Por que:					

Observações:

HAS (-) DM (-) Alergia (-).

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea esta pérvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp. °C
----------	--	--	----------

EGB, consciente, orientado

B: Respiratório

eupneia

C: Circulatório	PA: x	mmm	P脉: bpm:
-----------------	-------	-----	----------

corada

D: Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

parento + disco liso unicolor em natureza
 pé (E) 05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl 902 BLC
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

E: Abdômen

traz R,

fralda exposta luxo E

19:245

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

① Cefotetane 2g + AD ev

② VDT 0,5 mL IM ou SAI 500UI, FF

③ Dipirona 1 amp + AD ev

ao bloco cirúrgico

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Helena Cavadinha

Ass. Médico + Carimbo

TEOT 13439

Tratamento / Procedimentos:

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

 Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Curado Melhorado Inalterado Piorado Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos:

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____ 05.802.494/0001-41

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 06/06/2017 18:57 h JOSENEIDEAS impressão: 06/06/2017 18:57 RETOJOSENEIDEAS DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, **Médico**
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL

Getúlio Vargas

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

(03 vias)

CARTEÃO SUS:

SENHA:

Nome do paciente: ROSALIA FREIRE ROSA

DATA DE NASCIMENTO

SEXO: MASCULINO

Nº DO REGISTRO - 1053659

NOME DA MÃE:

ENDERECO:

Nº 35 BLOCO: APT: BAIRRO:

MUNICÍPIO: RECIFE

UF: PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA APÓS ATROPELAMENTO EM PÉ ESQUERDO

EXAME FÍSICO EGRI COTE AFEBRIL

DEFORMIDADE + FERIMENTO EM HALUX E

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES: RX + ANAMNESE + EX FÍSICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: FRATURA EXPOSTA DE HALUX E

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2018

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO

J*** - RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL + IMOBILIZAÇÃO adesiva

CARÁTER DA INTERNACÃO: Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. E
URGÊNCIA: Boa Vista - CEP: 50.060-010
REF: SE. DE.

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

ORTOPEDIA

DATA: 08/06/2017

Caio Siqueira
CRM/PE 25462

DATA: 08/06/2017

Fernando Mendonça
Médico
CRM 8541

CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNACÃO

CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNACÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO DE ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

Avenida General San Martin s/n – Cordeiro

DATA DO ENCAMINHAMENTO

Recife/PE – CEP 50.630-060

Fone: 0XX8131845600

HGV 1024 V.1201

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

Rosângela Freire Pava

NOME DA MÃE:

Silvia dasper Freire

CLÍNICA:

ENFERMAGEM

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

DATA DE NASCIMENTO:

03/12/87

IDADE:

29

PESO:

ALTURA:

SEXO:

M: F:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Facturação exposta do hérinx e

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Traçamento cirúrgico.

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 06/06/17

DATA DA ALTA: 08/06/17

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

0408050420 - -

CDS

593.4

CARMBO REVISÃO FATURAMENTO

*Faturamento
Máscara
Ganho*

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	CARTÃO	MATRÍCULA
1	CIRURGIA	Dr. Silvia Paula de Souza Siqueira		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO			
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO			
4	ANESTESISTA			
5	OLÍNGO			

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

NUTRIÇÃO PARENTERAL

USO DE ORTESE E PRÓTESE

DIÁRIA DE UTI

USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO

HEMODIALISE

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

USO DE OXIGÉNIO

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS REALIZADOS
05.802.497

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2019

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 Bl. C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE PE

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: CURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA
 OUTROS: _____

OBSTO:

BML SVO SO: _____

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento todo o dado devidamente preenchido no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA

MÉTODO RESPONSÁVEL:
ASSINATURA DA DIRETORIA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: ROSALIA FREIRE ROSA

Registro: 1053659

Data da operação: 06/06/17

Operador: Dr DRA SILVIA CAVADINHA 1º auxiliar: Dr CAIO SIQUEIRA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX E

Tipo de operação: LMC + RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob ANESTESIA local
- 2) Assepsia e antisepsia
- 3) Aposição de campos estéreis.
- 4) Ampliação da ferida
- 5) Lavagem copiosa do ferimento
- 6) Reconstrução do leito ungueal com nylos 5.0 + curatico com parte do equipo do soro.
- 7) Curativo
- 8) Imobilização adesiva
- 9) Boa Perfusion apôs procedimento

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26.!!!.2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Caio Siqueira
Médico
CRM/PE 25483

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

Florânia Freire José

NOME DA MÃE:

02 (DUAS) VIAS

CARTÃO SUS:

1053659

CLÍNICA:

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

1053659

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F:

M:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

fratura exposta tubo E

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Proteção cirúrgico

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 06/06/17

DATA DA ALTA: 08/06/17

DIAS DE INTERNADAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CÓD:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIA	Dr. Flávia Gavardinha	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dr. Caio Figueiro	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- DIÁRIA DE UTI
- MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

- NUTRIÇÃO PARENTERAL
- USO DE FATORES DE OGAGULAÇÃO
- USO DE OXIGÉNIO

- USO DE ÓRTESE E PRÓTESE
- HEMODIALISE

RESUMO DO CABO (LETRA LEGÍVEL)

ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS

05.802.494/0001
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2018

Pan to. em franco desvio
em pe E

MEDICAÇÕES UTILIZADAS NA ALTA:
Fim da internação
Data Vista - CEP 50.060-010

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

fratura exposta tubo E

MOTIVO DA ALTA: DURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA
 OUTROS _____

OBTO:

IML EVO BO: _____

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

Levar paciente para cirurgia/petro no m ambulatório 008 dias

OBSERVAÇÃO: Envie ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

(Rev 1145)

Dr. Carlotano Maciel
Ortopedia
CRM 12978 - JBO 1822

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/CARIMBO/CRÉDITO

08/06/17
DATA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

Rosâlia Freire Rosa

NOME DA MÃE:

Silvia das Neves

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

CARTÃO SUS:

DATA DE NASCIMENTO:

03/12/87

IDADE:

29

PESO:

ALTURA:

SEXO:

E: M:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Fratura exposta do hálux e

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Trauma osteo articular

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NOVERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 06.06.17

DATA DA ALTA: 08.06.17

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

0408050420 - -

CÓD: 592.4

GARIBBO/REMBORSO/FATURAMENTO

*Faturado
Garibbo
Malha Social
Com Garibbo*

DATA:

MATRÍCULA:

CÓD.	EQÜPE	NOME DO PROFISSIONAL
1	CIRURGIA	Dr. Silvia Ercília
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dr. Ercília Siqueira
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	
4	ANESTESESTA	
5	OLÍNGO	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- DIÁRIA DE UTI
- MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

- NUTRIÇÃO PARENTERAL
- USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- USO DE OXIGÊNIO

- USO DE ORTESES E PRÓTESES
- HEMODIALISE

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS REALIZADOS
05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUL 2019

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

Rua da Aurora, 175, Sl. 902 Bl. C

Bela Vista - CEP 50.060-010

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Alta

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: CURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA
 OUTROS

OBTIDA:

IML SVU SO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/CARIMBO/CRON

NOME:

Rosalia Teixeira Rosai

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

06/06/17

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

- IDADE > OU IGUAL 85 ANOS
- CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
- COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
- DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
- PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
- DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
- HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
- ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)
- OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
- SEDAÇÃO/ANESTESIA
- MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
- URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
- HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
- PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM
 NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, dilurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ROSALIA FREIRE ROSA

1. Ocorrência da Emergência: 444066

1.1 - Atendimentos em: 06/06/17

1.2 - Às 18 horas e 57 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1053659

2.1 – Internado em: 06/06/17

2.2 - Alta em: 08/06/17

3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 06/06/17: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA +
RECONSTRUÇÃO DE LEITO UNGUEAL.

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA: 9.1.2018

HORA: 15:53:35

PASTA: 01.01.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jessica Guido.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 907 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RFFIPP.PE

05.802-494/0001-42
FACULDADE
DE SÉCURITÉ
21.01.2018
Av. Almirante Tamandaré, 175 - Centro
Boa Vista - CEP: 59020-000
Roraima - Brasil

Nome Paciente: ROSALIA FREIRE ROSA
 Cód. Paciente:
 Data de Nascimento: 03/12/1987
 Sexo: Feminino
 Idade: 29
 Senha: E0026
 Convênio:
 Atendimento:
 SAME:

Período: 06/06/2017 18:53 - 06/06/2017 18:51

CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE REFERE QUE AO S ATROPELAMENTO POR CARRO APRESENTA DOR E EDEMA EM MIE

Observação: NEGA ALERGIA

HAS:

IMC:

Turgor/ramo sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discrepança(s) vs.: DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Únicos: REGUA DE DOR: 5

OS. 802.494/0001-47
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 26 JUN 2017
 Rua da Aurora, Nº 175, 5º 80281-010
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/06/2017 18:51

05.002.494/0001-43
TRACÃO CORRETIVA
DE SEGUROS LTD.

2.6 BY 700

Rua da Aurora, nº 275-A - 50170-000

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Recalha Praia
Praia

05.002.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2014

MARIA LÚCIA DE SOUZA
RECIFE - PE - 50000-0000

RECEBIDA

